

IN THE DISTRICT COURT OF \_\_\_\_\_ COUNTY, NEBRASKA  
(county where original action was filed)  
(condado donde se entabló la acción original)  
EN LA CORTE DE DISTRITO DEL CONDADO DE ( \_\_\_\_\_ ), NEBRASKA

\_\_\_\_\_,  
(name of person listed as plaintiff in original action)  
(nombre de persona mencionada como demandante en acción original)

**Plaintiff, Demandante,**

vs.

\_\_\_\_\_,  
(name of person listed as defendant in original action)  
(nombre de persona mencionada como demandado en acción original)

**Defendant. Demandado.**

**Case No. CI/ Caso No. CI**

\_\_\_\_\_  
(case number assigned by Clerk of Court)  
(número de caso asignado por Secretario de la Corte)

**CONFIDENTIAL  
PARTY INFORMATION  
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL  
SOBRE LAS PARTES**

**Plaintiff/ Demandante**

**Name/ Nombre** \_\_\_\_\_  
(plaintiff's first, middle and last names) (primer nombre, segundo nombre y apellidos de demandante)

**Address/ Domicilio** \_\_\_\_\_  
(street, city, state, and zip code) (calle, ciudad, estado, y código postal)

**Phone number/ Número de teléfono** \_\_\_\_\_  
(area code and phone number) (código de área y número de teléfono)

**Employer/ Empleador:** \_\_\_\_\_  
(name and address of plaintiff's employer) (nombre y dirección de empleador de demandante)

**Health insurance policy information** (if provided through employer)  
**Información sobre póliza de seguro médico** (si es provisto por empleador)

\_\_\_\_\_  
(include name of company, policy number, address to submit claims, and whether insurance is available to minor children)  
(incluya nombre de compañía, número de póliza, dirección a donde enviar reclamos, y si el seguro está disponible o no para los hijos menores de edad)

**Defendant/ Demandado**

**Name/ Nombre** \_\_\_\_\_  
(plaintiff's first, middle and last names) (primer nombre, segundo nombre y apellidos de demandado)

**Address/ Domicilio** \_\_\_\_\_  
(street, city, state, and zip code) (calle, ciudad, estado, y código postal)

**Phone number/ Número de teléfono** \_\_\_\_\_  
(area code and phone number) (código de área y número de teléfono)

**Employer/ Empleador:** \_\_\_\_\_  
(name and address of plaintiff's employer)  
(nombre y dirección de empleador de demandado)

**Health insurance policy information** (if provided through employer)  
**Información sobre póliza de seguro médico** (si es provisto por empleador)

---

(include name of company, policy number, address to submit claims, and whether insurance is available to minor children)  
(incluya nombre de compañía, número de póliza, dirección a donde enviar reclamos, y si el seguro está disponible o no para los hijos menores de edad)

**Person providing information/ Persona proporcionando información:**

---

(your first, middle and last names) (su primer nombre, segundo nombre y apellidos)

**Date: Fecha:** \_\_\_\_\_

Confidential Party Information, DC 6:5(11)  
Información confidencial sobre las partes, DC 6:5(11)